



„Mój asystent moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie”

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

„Mój asystent moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie”

|  |  |
|--|--|
| <b>Imię i nazwisko osoby objętej wsparciem (wypełnić drukowanymi literami)</b> |  |
| <b>Data i miejsce urodzenia</b>  |  |
| <b>PESEL</b>   |  |
| <b>Adres: (ulica, kod pocztowy)</b>  | .....<br>.....   |
| <b>Województwo</b>   | <b>ZACHODNIOPOMORSKIE</b>  |
| <b>Powiat</b>  | .....  |
| <b>Obszar</b>  | <input type="checkbox"/> <i>Wieś</i><br><input type="checkbox"/> <i>miasto do 20 tys. mieszkańców</i><br><input type="checkbox"/> <i>miasto 20-50 tys. mieszkańców</i><br><input type="checkbox"/> <i>miasto 50-100 tys. Mieszkańców</i><br><input type="checkbox"/> <i>miasto powyżej 100 tys. mieszkańców</i>  |
| <b>Wykształcenie</b>   | <input type="checkbox"/> nie objęty edukacją; <input type="checkbox"/> w trakcie nauki; <input type="checkbox"/> podstawowe<br><input type="checkbox"/> gimnazjalne; <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe   |
| <b>Status na rynku pracy</b>   | rejestracja w PUP <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>uczestnictwo w WTZ <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  |
| <b>Zatrudnienie:</b>   | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> nieaktywny zawodowo<br><input type="checkbox"/> poszukujący pracy zatrudniony<br><input type="checkbox"/> poszukujący pracy niezatrudniony<br><input type="checkbox"/> bezrobotny<br><input type="checkbox"/> zatrudniony w ZAZ<br><input type="checkbox"/> zatrudniony w ZPCH<br><input type="checkbox"/> zatrudniony na otwartym rynku pracy |
| <b>Rodzaj Niepełnosprawności – Symbol</b>                                      | .....  |
| <b>Orzeczenie ważne do:</b>  | <input type="checkbox"/> stałe<br><input type="checkbox"/> ważne do .....  |



Fundacja Promocja Zdrowia

**„Mój asystent moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie”**



|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>Stopień niepełnosprawności</b> | <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności do 16 r.ż.<br><input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki |
| <b>E-mail:</b>                    |   |
| <b>Telefon:</b>                   |   |

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie **„Mój asystent moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie”** realizowanego przez Fundację Promocja Zdrowia w Szczecinie w terminie **01.04.2022 – 31.03.2023r.**

Zostałem poinformowany, że Celem projektu jest **zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie asystencji osobistej – projekt realizowany ze środków PFRON**

.....  
*Data i czytelny podpis BO*



Fundacja Promocja Zdrowia

**„Mój asystent moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie”**



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. (dalej: „RODO”) informuję, iż:

Dane osobowe przekazane przez beneficjentów ostatecznych zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm) będą przetwarzane w celu realizacji „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym” przez Fundację Promocja Zdrowia dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu.

**Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).**

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. **Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja Promocja Zdrowia, 70-340 Szczecin, al. Bohaterów Warszawy 27 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie ul. Jana Pawła II 13.**

2. Moje dane będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi w/w projektu.

3. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu udzielenia wsparcia w ramach projektu, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu.

4. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....  
*Data i czytelny podpis BO*

**ZGODA RODZICA/ OPIEKUNA\***

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/ mojej córki/ mojego podopiecznego\* w projekcie pn. „Mój asystent – moimi oczami- usługi asystenckie dla osób niewidomych i słabowidzących szansą na niezależne życie” oraz na przetwarzanie jego/jej danych osobowych na potrzeby projektu.

.....  
*Data i czytelny podpis BO*

*\*Dotyczy osób z niepełnosprawnością poniżej 18 r.ż.*



**WYWIAD DOTYCZĄCY POTRZEB ASYSTENCKICH BENEFICJENTA**

**Informacje na temat ograniczeń osoby niepełnosprawnej w zakresie komunikowania się lub poruszania się:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Informacje na temat sytuacji bytowej tzn. mieszka samodzielnie, z rodziną,**

.....  
.....

**Informacje na temat wnioskowanego zakresu usług asystenta osobistego:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Oświadczam, że:

- zostałem pouczone o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- zostałem poinformowany o współfinansowaniu Projektu przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- nie korzystam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie w ramach innych projektów współfinansowanych przez PFRON.
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się (że zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”.

.....  
data i czytelny podpis BO

.....  
Podpis koordynatora Projektu